

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ПРОТЕКАНИЕ РОДОВ**

**Боднарь Елена Владимировна, аспирант кафедры клинической психологии  
института инновационного и последипломного образования Одесского национального  
университета им. Мечникова. 65028 г. Одесса, пер. Богданова, 6 кв. 1**

*E-mail: [bodnar.helena.rose@gmail.com](mailto:bodnar.helena.rose@gmail.com)*

### **Резюме**

Проведено изучение влияния психологического состояния беременных женщин на последующее течение родов. Было выявлено, что у большинства женщин, с патологически протекающей беременностью,

имелись осложнения при родах. Также было установлено влияние на течение родов таких личностных черт как «Ригидность», «Пессимистичность» и «Эмоциональная лабильность».

**Ключевые слова:** патология беременности, личностные особенности, течение родов.

**Rezumat: Influența stării psihologice a femeilor gravide în timpul travaliului nașterii ulterioare**

S-a examinat influența stării psihologice femeilor gravide în timpul travaliului nașterii ulterioare. S-a constatat că majoritatea femeilor cu sarcina patologică, au avut complicații la naștere. De asemenea, s-a constatat influența a unor astfel de trăsături de personalitate ca “Rigiditatea”, “Pesimismul” și “Labilitatea emoțională” la travaliul nașterii.

**Cuvinte-cheie:** patologia sarcinii, trăsături de personalitate, travaliul nașterii.

**Summary: The effect of pregnant women's psychological state on the coming delivery**

This article reviews the effect of a pregnant woman's psychological state on the coming delivery. Our findings show that most of the women with pathological pregnancy experience complications at the delivery stage. In addition, we have discovered the effect of personal characteristics like rigidity, pessimism and emotional lability on the delivery process.

**Key words:** pathologic pregnancy, personal characteristics, delivery process.

Особенности психического состояния женщины во время беременности привлекали внимание ученых и врачей во все времена. О благоприятном влиянии беременности на психологическое состояние женщины писал еще Гиппократ. И в дальнейшем многие авторы отмечали положительный эффект, оказываемый беременностью на психическое состояние женщины. Нормально протекающая беременность и роды могут оказывать положительное влияние, смягчать и даже устранять некоторые проявления преморбидно существующих симптомов психических расстройств [2; 5]. Однако в дальнейшем, при накоплении научных знаний, точка зрения на беременность, как фактор благоприятный в отношении психического состояния женщин претерпела значительные изменения. Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых психологических нарушений вплоть до развития острых психических расстройств [1; 3; 4; 7].

На основании клинических наблюдений и ряда научных исследований доказано негативное влияние психоэмоциональных и психических расстройств на течение беременности и дальнейший ее исход [1; 2; 3; 4].

Психоэмоциональные и психические расстройства, возникающие у женщин в период беременности, рассматривались большинством авторов лишь как проявления дезадаптации женского организма на биологическом и нейродинамическом уровнях без детальной оценки личностных особенностей больных, их эмоционального состояния и социального статуса, что особенно актуально при осложненной беременности.

Одной из целей данного исследования было установление влияния на родоразрешение психологического состояния женщины при не физиологически протекающей беременности.

Многофакторное психологическое исследование было проведено у 150 женщин в возрасте от 16 до 41 года со сроком беременности от 22 до 41 недели, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии беременности 5-го роддома города Одессы. Во время исследования оценивалось соматическое состояние, социальные параметры и психологические особенности беременных женщин. Испытуемые проходили психологическое исследование во время беременности, а затем полученные результаты, на основании статистической обработки истории родов, сопоставлялись с особенностями последующего родоразрешения женщин, принимавших участие в исследовании.

В исследовании были использованы клиничко-психологические и экспериментально-психологические методы. Для изучения социальных особенностей испытуемых нами была разработана социально-демографическая анкета. Исследование личностных свойств женщин проводилось на базе компьютерного варианта стандартизированного многофакторного метода исследования личности ММРІ, адаптированного применительно к русскоязычному населению СМІЛ Л. Н. Собчик. Также в исследовании применялся цветовой тест отношений Эткинда, метод цветowych выборов Люшера, тест изучения ситуативной тревожности Спилбергера и уровня депрессии Т. И. Балашовой. Анализ полученных результатов проводился на базе компьютерной программы SPSS statistics 17.0. Математический анализ проводился методом бинарной логистической регрессии [6].

Рассмотрим особенности течения родов у представительниц обследуемой группы. Следует отметить, что 120 (80%) женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу патологически протекающей беременности вернулись для родоразрешения в 5-й роддом. Однако 30 (20%) женщин поступили для родов в другие лечебные

учреждения, поэтому заключительные данные по этим женщинам отсутствуют.

Таблица 1  
**Структура обезболивания, которая использовалась во время родов**

	Количество случаев	% к 150
Наркотические анальгетики	19	12,67%
Эндотрахеальный наркоз	30	20,00%
Местная анестезия	10	6,67%
Психопрофилактика	61	40,67%
Данных нет	30	20,00%
Всего	150	100,00%

Во время родов большинству женщин (39,34%) применялись различные медикаментозные и не медикаментозные средства обезболивания (Таблица 1).

У подавляющего большинства обследуемых родоразрешение происходило естественным путем (54%), кесарево сечение по клиническим показаниям было произведено 39 (26%) женщинам.

У 58,67% испытуемых во время родов зафиксированы разнообразные осложнения течения родов. Более чем половине женщин 84 (56%) во время родов было показано хирургическое вмешательство. А именно, в 39 (26%) случаях было назначено кесарево сечение, эпизиотомия или перинеотомия проводились в 45 (30%) случаях.

В ходе математической обработки данных, полученных в результате исследования, влияния психологических и социальных показателей на метод обезболивания и применения хирургических процедур выявлено не было.

Однако нами была установлена статистически достоверная взаимосвязь наличия осложнений при родах и некоторых социальных и психологических параметров (Таблица 2). Критерий Хосмера-Лемешева статистически не значим (0,495) [6]. Параметр Нагелькерке описывал 37% модели [8].

На наличие осложнений при родах повлияла повторность родов у женщин, которые находились во время беременности на стационарном лечении в отделении патологии беременности: выявлено, что вторые и последующие роды повышали вероятность наступления осложнений при родах.

Таблица 2  
**Выявленные факторы, влияющие на осложнения при родах (психологические и социальные параметры)**

Показатели	В	Вальд	Знч.	Exp(B)
Шкала Ригидности	-0,04	16,90	0,00	0,96
Номер родов по счету	1,12	5,23	0,02	3,07

У женщин с устойчивым ригидным аффектом установлена большая вероятность осложнений в родах. Мы предполагаем, что недостаточная эмоциональная гибкость, характерная для ригидных личностей, отрицательно влияют на протекание родов, особенно при внезапно меняющейся ситуации родов.

На основании изучения влияния социальных и психологических параметров на способ рождения ребенка (роды или кесарево сечение) мы установили, что на способ рождения ребенка влияют такие личностные параметры как эмоциональная лабильность и пессимистичность (см. таблицу 3). Критерий Хосмера-Лемешева составил 0,567 [6]. Параметр Нагелькерке описывал 21,2% модели [8].

По нашим наблюдениям женщины со склонностью к тревожным и депрессивным реакциям рожали естественным путем. Женщины данного типа личности полны страхов и тревог за исход своей беременности, они прислушиваются к мнению окружающих и близких людей. Однако, по нашему мнению, для данного типа личности не характерно переносить свои переживания в соматическую сферу.

Таблица 3  
**Психологические факторы, влияющие на способ рождения ребенка**

	Показатели	В	Вальд	Знч.	Exp(B)
Шаг 2	Шкала Пессимистичности	-0,06	6,99	0,01	0,94
	Шкала Эмоциональной лабильности	0,05	4,55	0,03	1,05

Кесарево сечение производилось женщинам, для которых было характерно подчеркивание своих соматических симптомов параллельно с тенденцией отрицания проблем в социальной сфере. Мы предполагаем, что стремление испытуемых обратить на себя внимание путем декларации своего плохого соматического состояния было реакцией на ситуацию беременности (особенно, при протекании ее не физиологически), что характерно для демонстративного типа личности и соответственно влияло на выбор способа родоразрешения.

### Выводы

1. У большинства женщин 88 (58,6%), с патологически протекающей беременностью имелись различной степени осложнения в родах.

2. Большая вероятность наступления осложнений во время родов наблюдались у испытуемых с выраженной личностной чертой «Ригидность».

3. Женщины, личностной особенностью которых была «Пессимистичность», наиболее вероятно рожали естественным путем.

4. Кесарево сечение было более вероятно для пациенток с выраженной чертой личности «Эмоциональная лабильность».

5. Недорогое психологическое тестирование с целью выявления личностных особенностей как у женщин с патологией беременности, так и при физиологически протекающей беременности позволит более индивидуализировано подойти к процессу подготовки к родам. Учитывая характерологические особенности беременных женщин, медики и психологи смогут подойти к оказанию помощи более эффективно.

Так как реакция на ситуацию беременности и родов у женщин с разным типом личности разная, то знание механизма реагирования каждой отдельной беременной женщины позволит соответственно облегчить контакт между врачом и беременной женщиной, увеличит эффективность оказываемой помощи. Своевременно установленные факторы риска позволят предупредить с помощью соответствующей психологической по-

мощи вероятные осложнения во время беременности, предродовом и послеродовом периоде.

#### **Использованная литература**

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство СПб., 2001 – 320 с.
2. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т.: / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – М. : Издательский центр «Академия», 2009. – 304 с.
3. Простомолотов В. Ф. /Пограничные психические расстройства у женщин/ Пограничная психиатрия. Учебное пособие. 2-е изд., испр. И доп. – Одесса. ВМВ, 2009. – 452 с.
4. Спивак Л. И., Щеглова И.Ю., Спивак Д.Л. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах. – СПб., 1998. – 56 с.
5. Филипова Г. Г. Психология материнства – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2010. – 234 с.
6. Nagelkerke, Nico J.D. (1992) Maximum Likelihood Estimation of Functional Relationships, Pays-Bas, Lecture Notes in Statistics, Volume 69, 110 p.
7. Lederman R. Psychosocial adaptation to pregnancy / Lederman R., Weis K. (3rd Ed). New York: Springer, 2011. – 324p.
8. Hosmer, David W., Lemeshow, Stanley (2000). Applied Logistic Regression, New York John Wiley and Sons, 2000 – 373 pages.